

Vergaderjaar 2006–2007

**29 359**

## Vaststelling van een nieuwe Geneesmiddelenwet

**Nr. 101**

### **BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT**

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 13 juni 2007

#### **1. Inleiding**

In de met de ziektekostenverzekeraars, apothekers en de farmaceutische industrie afgesloten Geneesmiddelenconvenanten is, naast verlaging van de geneesmiddelenprijzen en het afbouwen van kortingen en bonussen, afgesproken dat er een nieuwe tariefsystematiek komt voor apotheekhoudenden (apothekers en apotheekhoudende huisartsen).

Deze nieuwe tariefsystematiek gaat uit van prestatiebekostiging (er wordt betaald voor wat wordt geleverd) en benadrukt het zorgverlenerschap van de apotheekhoudende. Tevens wordt daarmee beoogd de kwaliteit en doelmatigheid van de zorgverlening en de prijsconcurrentie te bevorderen.

Reeds enige tijd geleden heeft mijn ambtsvoorganger de voorloper van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa), het College Tarieven Gezondheidszorg/Zorgautoriteit in oprichting (CTG-Zaio), bij brief verzocht de ontwikkeling van een dergelijke «kostendeckende, modulaire tariefsystematiek» voor apotheekhoudenden ter hand te nemen en het daarvoor noodzakelijke onderzoek naar de hoogte van de praktijkkosten en de inkoopvoordelen uit te voeren.<sup>1</sup> Vervolgens heeft een uitvoerige briefwisseling met CTG-Zaio plaatsgevonden en zijn de afspraken over een nieuw tariefsysteem nader gepreciseerd in het kader van in het Geneesmiddelenconvenant 2006/2007.<sup>2</sup> Inmiddels zijn de uitkomsten van de daarna onder leiding van de NZa uitgevoerde onderzoeken naar de hoogte van de praktijkkosten en de inkoopvoordelen van apotheekhoudenden bekend. Bij brief van 3 mei jl. heb ik de voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal hiervan op de hoogte gesteld.<sup>3</sup>

Nu is dan ook het moment aangebroken om een aanwijzing ter zake aan de NZa te geven zodat de nieuwe tariefsystematiek per 1-01-2008 in werking kan treden en betrokkenen voldoende voorbereidingstijd hebben.

<sup>1</sup> Brief van 13 mei 2004 (GMT/G 2 479 107).

Ter inzage gelegd bij het Centraal Informatiepunt Tweede Kamer.

<sup>2</sup> Brieven van 29 augustus 2005 (GMT/G 2 608 420), 28 december 2005 CTG-Zaio (GMT/G 2 648 287) en van 13 augustus 2006 (GMT/VDG 2 708 586). Zie ook de circulaire van 21 september 2006 van CTG-Zaio (ASCT/escs/CV/5100-5200-1900-06-1c). Ter inzage gelegd bij het Centraal Informatiepunt Tweede Kamer.

<sup>3</sup> Kamerstukken II, 2006–2007, 29 359, nr. 100.

## 2. Naar een nieuw tariefsysteem

De nieuwe tariefsystematiek gaat uit van prestatiebekostiging en het kunnen dekken van de praktijkkosten van apothekhoudenden en dient ter vervanging van de huidige systematiek met een receptregelvergoeding voor openbare apotheken en een abonnementstarief voor apothekhoudende huisartsen, inclusief de module «scheiden zorg en handel».

### *Het huidige tariefsysteem*

Het huidige tarief voor apothekers bestaat uit twee onderdelen. Enerzijds mag de apotheker een maximumvergoeding per afgeleverd geneesmiddel in rekening brengen (de zogenaamde receptregelvergoeding). Anderzijds mag de apotheker inkoopkosten voor het afgeleverde geneesmiddel doorberekenen aan de patiënt of ziektekostenverzekeraar. De receptregelvergoeding is bedoeld om alle kosten te kunnen dekken van de exploitatie van een apotheek: de zogenaamde praktijkkosten. Onder deze kosten vallen ook de kosten voor het inkomen en pensioen van de apotheker.

De receptregelvergoeding is een genormeerde vergoeding die jaarlijks door de NZa wordt aangepast aan de hand van volume-ontwikkelingen (aantal afgeleverde recepten) en waarop een prijs- en loonindexering wordt toegepast. Dit tarief bevat geen mogelijkheid tot differentiëring of voor het belonen van een betere kwaliteit, service of voor het belonen van zorgvernieuwing. Kortom er is geen, of slechts een zeer beperkte «incentive» voor apothekhoudenden en ziektekostenverzekeraars om met elkaar in gesprek te komen over verbetering van kwaliteit en zorgvernieuwing (anders dan in experimentele vorm en onder de beperkingen die de WMG toestaat).

### *Het nieuwe tariefssysteem*

Het nieuwe tariefsysteem beoogt de kwaliteit en doelmatigheid van de zorg- en dienstverlening en de onderhandelingen tussen apothekhoudenden en ziektekostenverzekeraars te bevorderen en aan te jagen door het hanteren van «prikkel». Tevens dient het systeem flexibel te zijn waardoor beter kan worden ingespeeld op de wensen en behoeften van apothekhoudenden en ziektekostenverzekeraars (patiënten) met betrekking tot zorgvernieuwing en differentiatie en de bekostiging daarvan.

In het kort gaat de nieuwe tariefssystematiek uit van een onderscheid tussen reguliere farmaceutische zorg met basisverrichtingen en een aantal te onderscheiden specifieke verrichtingen zoals de magistrale (eigen) bereidingen en de ANZ-uitgifte (Avond, Nacht en Zondag-uitgifte). Voor de basisverrichtingen gelden maximumtarieven. Naast deze basisverrichtingen staan afzonderlijk te contracteren prestaties, zoals projecten op het gebied van farmaceutische patiëntenzorg, farmaceutische consulten en een vergoeding (prikkel) voor het doelmatig inkopen en afleveren van geneesmiddelen.

Voor die afzonderlijk te contracteren prestaties mogen pas rechtsgeldig tarieven in rekening worden gebracht als apothekhoudenden en ziektekostenverzekeraars expliciete afspraken hebben gemaakt over de te leveren prestaties, de beloning daarvan en de toetsing van de resultaten en deze in een schriftelijke overeenkomst hebben vastgelegd. Er zal hier sprake zijn van «vrije tarieven» die partijen met elkaar uitonderhandelen. Een vrij tarief hoeft niet door de NZa te worden vastgesteld. Ik houd er rekening mee dat op dit punt voor het jaar 2008 nog sprake zal zijn van een overgangsregime.

Voorts wordt het mogelijk dat apothekhoudenden en verzekeraars afwijkende afspraken maken over de bekostiging van de reguliere farmaceutische zorgprestaties (zoals bijvoorbeeld een all-in tarief per patiënt). Apothekhoudenden en ziektekostenverzekeraars dienen hiervoor, evenals bij de afzonderlijk te contracteren prestaties, expliciete afspraken te maken over de te leveren prestaties, de beloning daarvan en de toetsing van de resultaten. Onder die voorwaarden zal hier ook sprake kunnen zijn van vrije tarieven die partijen met elkaar uitonderhandelen.

Met een dergelijke flexibele tariefstructuur komt er ruimte voor het belonen van zorgvernieuwing, verbetering van de kwaliteit van de zorgverlening en worden onderhandelingen tussen apothekhoudenden en ziektekostenverzekeraars hierover bevorderd.

#### *Prijsconcurrentie*

Belemmeringen voor prijsconcurrentie tussen leveranciers van geneesmiddelen die voortvloeien uit de huidige tariefstructuur, dienen zoveel mogelijk weggenomen te worden. Ik denk daarbij in elk geval aan de huidige zogenaamde laagste prijsregels.

#### *Beschikbaar budget*

De NZa heeft op mijn verzoek onderzoeken laten uitvoeren naar de hoogte van de praktijkkosten en de inkoopvoordelen. De uitkomsten betreffen het jaar 2004.

De NZa heeft de resultaten van de onderzoeken omgezet naar het jaar 2008.

Het beslag van de reguliere farmaceutische zorg (basisverrichtingen en de te onderscheiden specifieke verrichtingen) zal in principe binnen deze NZa kaders dienen te blijven.

Later dit jaar zal ik echter nog bezien of er aanleiding is om het beschikbare budget aan te passen naar aanleiding van gesprekken over de afwikkeling van het Geneesmiddelenconvenant 2006/2007 en de overgang naar het nieuwe tariefsysteem.

### **3. Aanwijzing NZa**

Ik ben na de inwerkingtreding van de Wet marktordening gezondheidszorg (WVG) op grond van artikel 7, eerste lid, van die wet gehouden een aanwijzing aan de NZa te geven, omdat het een wijziging van de tarief-systematiek betreft. Conform artikel 8 van de WVG informeer ik u over de zakelijke inhoud van die aanwijzing. Ik zal niet eerder overgaan tot het geven van de aanwijzing dan 30 dagen na verzending van deze brief. Van de vaststelling van de aanwijzing zal ik mededeling doen in de Staatscourant.

Ik ben voornemens het volgende in de aanwijzing op te nemen:

1. een bekostigingssystematiek vast te stellen voor het verlenen van farmaceutische zorg (incl. de inkoop en aflevering van geneesmiddelen) door apothekhoudenden met een onderscheid naar reguliere farmaceutische zorg waarvoor maximumtarieven gelden en die ruimte biedt voor afzonderlijk te contracteren aanvullende (zorg-)prestaties en verrichtingen met vrije tarieven;
2. in de bekostigingssystematiek tevens afwijkende afspraken en vrije tarieven toe te staan met betrekking tot de reguliere farmaceutische zorg voor zover apothekhoudenden en ziektekostenverzekeraars expliciete afspraken hebben gemaakt over de te leveren prestaties, de beloning daarvan en de toetsing van de resultaten;

3. de bekostigingssystematiek te voorzien van prikkels enerzijds om de kwaliteit te verbeteren en anderzijds om de onderhandelingen tussen apotheekhoudenden en ziektekostenverzekeraars te bevorderen teneinde hen in staat te stellen om de uitgaven beter te kunnen beheersen;
4. belemmeringen voor prijsconcurrentie tussen leveranciers van geneesmiddelen in de huidige tariefsystematiek weg te nemen.

De minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,  
A. Klink